





# Passage occasionnel (exemple avec traitement et/ou numérotation)

Nom prescripteur  
Adresse  
Qualité  
RPPS

Nom patient  
Sexe - D - ...



**ORDONNANCE  
MEDICAMENTS**

**Etiquette  
PATIENT**

TRAITEMENTS PER OS PRÉPARÉS PAR PATIENT/ENTOURAGE  
 AUTRES TRAITEMENTS PRÉPARÉS PAR PATIENT/ENTOURAGE

TRAITEMENTS PER OS ADMINISTRÉS PAR PATIENT/ENTOURAGE  
 AUTRES TRAITEMENTS ADMINISTRÉS PAR PATIENT/ENTOURAGE

NUMÉRO DE FEUILLET : \_\_\_\_\_

Poids : ..... Allergie(s) médicamenteuse(s) : .....  
Insuffisance Rénale :  NON  Oui : ..... (Clairance mL/min ; Date)    Trouble de la déglutition :  NON  Oui : .....  
Insuffisance Hépatique :  NON  Oui : ..... (Donnée biologique notable ; Date)    Nutrition par sonde :  NON  Oui : .....

Spécialités : Nom + dosage + galénique + Unité (Amp-Gél-Cp-Ul) et voie d'administration  
Si vous autorisez l'autogestion du traitement de votre patient, veuillez cocher la case devant la spécialité prescrite et compléter la partie supérieure de la fiche d'administration.

	Posologie				Durée	Zone réservée au pharmacien Equivalences, conseils....
	Matin	Midi	Soir	Coucher		
<input type="checkbox"/> 1						
<input type="checkbox"/> 2						
<input type="checkbox"/> 3						
<input type="checkbox"/> Nom Médicament 4 dosage voie - forme galénique - recommandations						
<input type="checkbox"/> Nom Médicament 5 dosage voie - forme galénique - recommandations						
<input type="checkbox"/> Nom Médicament 6 dosage voie - forme galénique - recommandations						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						

Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date
H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H
e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e
r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r
e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e

Date

Heure

Légende:

Préparation traitement	Injectable	PerOS - Aérosol	Patch-Collire	Administration par le patient	P	Non administration du traitement	N
Administration Traitement	▲	○	□	Administration par l'entourage	E	Arrêt du traitement	↓
Traitement non Présent au domicile	⊗	⊗	⊗	Refus de traitement	R	Voir Transmission	!

Jour du passage

**Demander et tracer  
tous les jours  
sans passage**

**Initiales (Nom-Prénom)  
Signature**

Alimentation :

Traitement O2 - MEOPA : (préciser)

Quantité de médicaments pris (signature) : .....	Analyse pharmaceutique Date : Signature et tampon du pharmacien Merci de faxer la prescription sans délai à l'HAD pour le suivi du patient et ne pas envoyer la facturation aux organismes d'assurance maladie
Identification prescripteur Date : Signature et tampon du prescripteur Merci d'apposer aussi votre tampon sur ce duplicata En qualité de médecin, je reconnais avoir informé mon patient des risques encourus et bénéfices escomptés de l'acte prescrit	

Légende:

Préparation traitement	Injectable	PerOS - Aérosol	Patch-Collire	Administration par le patient	P	Non administration du traitement	N
Administration Traitement	▲	○	□	Administration par l'entourage	E	Arrêt du traitement	↓
Traitement non Présent au domicile	⊗	⊗	⊗	Refus de traitement	R	Voir Transmission	!



**Service logistique - pharmacie**